4. Werden regelmäßig oder derzeit **Medikamente** eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel [z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Lixiana®, Heparin], Schmerzmittel, Herz-/Kreislauf-Medikamente, Hormonpräparate, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika [v.a. metforminhaltige])? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

5. Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte **Blutungsneigung** wie z.B. häufig Nasen-/Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen? ☐ n ☐ j

6. Besteht eine **Bluterkrankung** (z.B. Blutarmut, Hämophilie, Leukämie)? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

7. Besteht/Bestand eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

8. Besteht eine **Allergie** wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine **Unverträglichkeit** bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

9. Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)? ☐ n ☐ j

   Wenn ja, welche? _____

10. Besteht/Bestand eine **Schilddrüsenerkrankung** (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

11. Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

12. Besteht/Bestand eine **Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane** (z.B. Nierenfunktionsstörung, Nierenentzündung, Nierensteine, Blasenentleerungsstörung)? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

13. Besteht/Bestand eine **Erkrankung des Nervensystems** (z.B. Lähmungen, Krampfleiden [Epilepsie], chronische Schmerzen)? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, welche? _____

14. Besteht eine **Bindegewebs-/Autoimmunerkrankung** (z.B. Sklerodermie), **Rheuma**? ☐ n ☐ j

15. Regelmäßiger **Tabakkonsum**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, was und wie viel? _____

16. Regelmäßiger **Alkoholkonsum**? ☐ n ☐ j

    Wenn ja, was und wie viel? _____

**Zusatzfrage bei Frauen**

1. Könnten Sie **schwanger** sein? ☐ n ☐ j

## Arztanmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle risikoerhöhende Umstände, Behandlungsbesonderheiten, gleichzeitiger Einsatz von Chemotherapie oder anderen strahlensensibilisierenden Substanzen, Begleitbehandlung, Behandlungsalternativen, Behandlungserfolg, Verhaltenshinweise vor und nach der Bestrahlung, ggf. Nachuntersuchungen, besondere Fragen des Patienten, Hinweise auf die Straßenverkehrstauglichkeit, mögliche Nachteile im Falle einer Behandlungsverweigerung, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter, besondere Fragen des Patienten, Gesprächsdauer)

*bekanntes Prostatakarzinom, Knochenmetastasen. Z.n. Prostataentfernung, derzeit Abirateronetherapie, PSA < 0,07ng/ml. Schmerzen entlang der Brustwirbelsäule bei bildgebend festgestellten kleineren Metastasen in mehreren Wirbelkörpern. Diesbezüglich zur Schmerzbehandlung nun Bestrahlung angezeigt über 20 Therapiesitzungen. Eine ganzkörperliche Tumorfreiheit ist damit nicht zu erreichen und ist auch nicht Ziel der Behandlung, Patient wünscht selbst möglichst Maximalprogramm da er dadurch eine Verbesserung der Prognose sieht (wobei aufgeklärt wurde, dass dies nach aktueller Datenlage mehr als fraglich ist). Insgesamt sind 20 Bestrahlung angezeigt über Th 1 bis 11 mit Aufdosierung der größeren Befunde in Th 5, 10 und 11.*

*Mögliche Nebenwirkungen: Strahlenkater (Kopfschmerzen, Müdigkeit), Schmerzzunahme, Frakturgefahr (mit Gefahr der Nervenschädigung), Blutbildungsstörung (bis zu chronischer Blutarmut aufgrund des langstreckigen Zielareals!), Infektionsneigung. Schluckbeschwerden durch Speiseröhrenentzündung (auch Pilzbefall), Sodbrennen, Aufstoßen. Lungenentzündung. Verdauungsstörungen mit Durchfall und Blähungen/Krämpfen. Leberfunktionsstörungen.*

*Im Verlauf müssen u.U. mehrfach Fotos zur Dokumentation angefertigt werden.*

### Nur im Fall einer Ablehnung

Ich willige in die vorgeschlagene Strahlentherapie nicht ein. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und wurde nachdrücklich über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Rückfall oder Fortschreiten der Tumorerkrankung) aufgeklärt.

_____
Ort, Datum, Uhrzeit

_____
Patientin/Patient/Eltern*

_____
ggf. Zeuge

_____
Ärztin/Arzt